

MITEN SINÄ HOITAISIT

Miten sinä hoitaisit -palsta esittelee kliinisen tapauksen, jota lukijat voivat kommentoida Fimnetin keskustelutaululla www.fimnet.fi. Poimintoja keskustelusta esitetään tapauksen ratkaisuosassa.

Työryhmä:

Nina Kaseva,
Mika Laitinen,
Tanja Laukkala,
Anneli Lauhio,
Jarkko Suomela

Toivoton tapaus? - tapauksen ratkaisu

60-vuotias mies tuli psykiatrian poliklinikan lääkärin vastaanotolle vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen jatkoarviota varten.

MITEN SINÄ HOITAISIT? Mies on ollut psykiatrisen hoidon piirissä yli 20 vuotta. Masennus on välillä arvioitu psykoositasoiseksi. Ahdistuneisuudesta hän kertoo kärsineensä koko elämänsä ajan. Riippuvuustasoista alkoholin käyttöä on ollut jaksoittain, samoin päihdekuntoutusjaksoja. Antabusta mies on käyttänyt tarvittaessa. Lisäksi käytössä on säännöllinen bentsodiatsepiinilääkitys.

Mies on sairauseläkkeellä ja asuu yksin. Pari vuotta sitten psyykinen vointi alkoi huonontua kuormittavassa elämäntilanteessa. Ilmaantui voimakkaita itsemurha-ajatuksia, jatkuvia pelkotoiloja ja hallitsematonta ahdistusta.

Hoidon tiivistäminen johti osittaiseen toipumiseen. Potilas on käynyt Kelan kuntoutuspsykoterapiassa ja sen jälkeen psykoterapia on jatkunut Kelan vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena. Psykoterapiasta mies oli selvästi hyötynyt, kun se on toteutunut riittävän tiiviinä.

Lääkehoitoja on ollut matkan varrella monenlaisia. Viime vuosina käyttöön on vakiintunut bupropioni, ja sen ohessa säännöllisessä käytössä on pitkään ollut oksatsepaami (15 mg x 3–4).

Vastaanotolla kiinnitti huomiota potilaan ilmeettömyys. Hän oli hidastuneen ja varautuneen oloinen ja vastaili osin viiveellä. Alakuloisuuden ja synkkyuden tunnetta esiintyi jatkuvasti, samoin ajatusten kanssa kamppailua. Potilaalla oli säännöllisesti myös dissosiativiseksi sopivaa oireilua ja jatkuvaa vaikea-asteista ahdistuneisuutta. Hän oli joutunut kasvattamaan oksatsepaamin päivittäistä annosta.

Verkosta poimittua

Verkkokeskustelussa muistutettiin mielenterveys- ja päihdehäiriöisen potilaan somaattisen erotusdiagnoosiin tärkeydestä. Psykoterapeuttisesta näkökulmasta ehdotettiin trauma-anamneesin kartoittamista ja tunnesäätelykeinojen harjaannuttamista. Neuromodulaatiohoitoja ja ketamiinia ehdotettiin kokeiltavaksi.

Lisäksi verkkolääkärit pohtivat terveydenhuoltojärjestelmämme toimivuutta. Esiin nostettiin mm. monisairaiden ja moniongelmaisten po-



tilaiden tutkimiseen käytössä olevat resurssit ennen ja nyt sekä psykoterapia- ja yleisemminkin julkisrahoitteinen kuntoutusjärjestelmämme.

Tämän potilaan kohdalla mietittyvät lukuisat lääkehoitokokeilut, joita epäiltiin pirstaloituneen hoitojärjestelmän seuraukseksi. Perusteellista paneutumista aiempiin potilaskertomustietoihin pidettiin tärkeänä.

Psykiatrin ratkaisut

Potilaalla oli siis pitkäaikainen, monimuotoinen, vaikea-asteinen ja jokseenkin jatkuva psykiatrisen oireisto. Häntä oli aiemmin hoidettu moninlaisilla lääkityksillä ja lääkeyhdistelmillä sekä pitkäaikaisella psykoterapialla, mutta hoitovaste oli jäänyt osittaiseksi. Taustalla oli merkittävä traumahistoria, joka osaltaan komplisoi hoitoa.

Ajankohtainen vaikea-asteinen masennus ja toimintakyvyn huomattava heikentyminen sekä aiempi psykoottisen masennuksen jakso johtivat psykiatrin ajatukset potilaan päihdehäiriöstä huolimatta neuromodulaatiohoitoihin, joita potilaalle ei ollut aiemmin kokeiltu (1).

Neuromodulaatioyksikön konsultaatiossa suositeltiin masennuksen vaikea-asteisuuden ja

Kaisa Luoto

LL, psykiatrian erikoislääkäri, klininen opettaja
Tampereen yliopisto ja Tays, psykiatrian toimialue

Kirsti Nurmela

LT, psykiatrian erikoislääkäri, lääkärikouluttajan ja kuntoutuksen erityispätevyys, ylilääkäri
Tays, psykiatrian toimialue

lääkehoitoresistenssin perusteella sähköhoito-sarjaa (ECT), vaikka potilaalla esiintyi huomattava ahdistuneisuutta, johon tämän hoidon teho on usein vähäinen. Potilaan kanssa keskusteltiin hoidon vaikuttavuudesta, haittavaikutuksista ja käytännön toteutuksesta, ja hän oli halukas aloittamaan hoitosarjan. Sarjan jälkeen suositeltiin vortioiksiin ja aripipratsolin yhdistelmää.

Neuromodulaatioyksikön konsultaation jälkeen potilas retkahti käyttämään alkoholia kahden viikon ajaksi. Hän kuitenkin hakeutui katkaisuhoidon ja tilanne saatiin nopeasti hallintaan. Tämän jälkeen hän sairasti vielä keuhkoinfektion, mikä myös viivästytti sähköhoidon aloitusta.

Lopulta päästiin toteuttamaan neljän kerran sähköhoitojakso. Sen ansiosta MADRS-pisteet putosivat 26:stä 8:aan ja Beckin asteikolla 26:sta 5:een – eli kliiniset masennusoireet jäivät kokonaan pois. Mieliälä kohentui asteikolla 0–10 tasolle 8 ja ahdistus lievittyi siedettävälle tasolle. Ajatusmaailmaan ilmaantui enemmän positiivisia piirteitä ja mieliälä muuttui eutyymiseksi. Sähköhoidosta ei koitunut potilaalle haittaa, joskin hän koki hoidon raskaaksi ja jännittäväksi, jopa pelottavaksi.

Seurantakäynnillä potilas pohti tilannettaan ja siihen päätymistä moninäkökulmaisesti. Hän kertoi, että toimintakyky oli sähköhoitojen jälkeen parantunut. Hänestä oli tullut aktiivisempi ja tarmokkaampi, ja hän oli mm. aloittanut uudelleen aiempia harrastuksiaan. Hän ei kokenut olevansa enää masentunut, mutta ahdistuneisuus oli lähes jatkuvaa. Hän kertoi, että aiempiin traumakokemuksiin liittyneitä takauksia ei sähköhoidon jälkeen ollut esiintynyt.

Vastaanotolla vaihdettiin bupropionin tilalle vortioiksiini. Aripipratsoli jätettiin vielä ”reserviin”. Laadittiin hyvin hidas oksatsepaamin purkusuunnitelma (7,5 mg/kg), koska psyykinen riippuvuus lääkkeestä oli varsin voimakas ja potilaan huoli voinnin romahtamisesta oli suuri. Vie-roituksen tueksi tehtiin apteekkisopimus ja laadittiin reseptit apteekkipakettia varten.

Potilaan myöhempi tilanne

Sähköhoidon jälkeen potilas on kaksi kertaa retkahtanut käyttämään alkoholia lyhyeksi ajaksi. Nämä tilanteet ovat liittyneet traumaperäisten oireiden voimistumiseen tai muuhun kuormitukseen. Hän on kuitenkin pystynyt katkaisemaan juomisen molemmilla kerroilla itsenäisesti. Potilaalla on jatkuvasti voimassa oleva antabus-resepti ja mahdollisuus aloittaa lääkehoito oma-toimisesti, jos katsoo retkahduksen uhkaavan. Siltä varalta, että potilaan masennusoireilu alkaisi uudestaan vaikeutua, on sovittu uudesta läheteestä sähköhoitoon tarvittaessa.

Potilas käy harvakseltaan entisessä työssä, ja tämä tuo tärkeää sisältöä elämään. Työssä tarvittavaa ryhmän 2 ajokorttia voitiin puoltaa, koska seurannassa B-PEth-arvo on pysynyt matalana jo pitkään ja potilas on sitoutunut päihdehäiriön hoitoon. Ajolupaa on puollattu siten, että kuljetettaviin ajoneuvoihin tarvitaan alkoluokko. Bentsodiatsepiinilääkitys ei ole ajamisen esteenä, koska käyttöannokset ovat tasaiset eikä potilas käytä lääkettä päihtymystarkoituksessa (2,3).

Monimuotoisesta ja vaikeasta oirekuvasta huolimatta tilanne on siis varsin hyvä ja toipuminen on edennyt. Sähköhoitosarja muun hoidon ohella kohensi toimintakykyä ja vähensi masennusoireita merkittävästi. Alkoholiiriippuvuus on tällä hetkellä hyvin hallinnassa eikä estä potilasta hyötymästä muusta hoidosta (1). Potilas itse kokee saaneensa hyvää hoitoa ja tullessa kohdatuksi. Erityisesti hän kokee hoidon kokonaisuuden (terapia, lääkitys, ECT, osastojaksot ja katkaisuhoidot) auttaneen. Lisäksi hän on tuonut esille sen, kuinka tärkeää on potilaan oman toimimishalun vahvistaminen.

Lääkäreiden ja muiden hoitavien työntekijöiden vaihtuessa toistuvasti vaarana on hoidon fokuksen katoaminen. On aikaa vievää selvittää, mitä hoitoja on vielä kokeilematta. Onneksi potilaalla on ollut sama psykoterapeutti vuosien ajan ja hän on osallistunut aktiivisesti myös hoitoneuvotteluihin. Tosin tilanne, jossa kuntoutuspsykoterapiaa seuraa vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen psykoterapiajakso eikä päivittäin, saattaa vihjata myös psykoterapian fokuksen olleen kadoksissa alkuvaiheessa.

Lopuksi

Päihdehäiriöihin liittyy merkittävää oheissairastavuutta ja häiriöiden syy-seuraussuhteet ovat monimutkaisia (4). Samanaikaisten häiriöiden hoito suositusten mukaisesti on tärkeä osa päihdehoitoa käyttävän kokonaisvaltaista hoitoa (5).

Terveystieteiden palvelujärjestelmämme linjakkuuden ja toimivuuden kehittäminen vaatii vielä paljon työtä, mutta silti olisi syytä pyrkiä välittämään viestiä käyttämättä olevista hoitovaihtoehtoista hoitavien henkilöiden vaihtuessa. Pitkään hoidon piirissä olleiden vaikeaoireisten potilaiden sairaushistoria kannattaa ajoin käydä huolellisesti läpi ja miettiä, miltä oireisto näyttää ja mitä vielä olisi tehtävissä.

Päihdehäiriöstä kärsivän potilaan tuomittamaton kohtaaminen, hänen motivoimisensa hoitoon ja toivon herättäminen johtavat osassa tapauksista oireiden merkittävään lievittymiseen sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun huomattavaan kohentumiseen. ●

KIRJALLISUUTTA

- 1 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Depressio. Käypä hoito -suositus 29.6.2022. www.kaypahoito.fi
- 2 Korkeila J. Ajokyvyn arviointi: psykiatria. Erikoislääkäri 2021;31 (2):49–51.
- 3 Traficom. Ajoterveystietojen arviointiohjeet terveydenhuollon ammattilaisille 251562/03.04.03.06/2021 Voimaantulopäivä: 01.6.2021 (viitattu 5.9.2022). https://www.traficom.fi/sites/default/files/media/file/pikaohje%20ajoterveys%20Liite_Traficom_2021.pdf
- 4 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Alkoholi-ongelmien hoito. Käypä hoito -suositus 21.8.2018. www.kaypahoito.fi
- 5 Hobden B, Bryant J, Carey M ym. Finding the optimal treatment model: A systematic review of treatment for co-occurring alcohol misuse and depression. Aust N Z J Psychiatry 2018;52(8):737–50.